



# **UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA DE POST-GRADO**

**Trastorno de déficit de atención en pacientes adultos con trastornos psiquiátricos del servicio de consulta externa del Hospital Víctor Larco Herrera mayo 2012 a abril 2013**

## **TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

**Para optar el Título de Especialista en Psiquiatría**

## **AUTOR**

**Mirko Osnayo Karlovich**

**LIMA – PERÚ  
2013**

<b>RESUMEN (EN 2 IDIOMAS).....</b>	<b>4 - 5</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>6</b>
<b>2. PLANEAMIENTO DE ESTUDIO</b>	
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: FORMULACIÓN.....	7
2.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	7-8
2.3 MARCO TEÓRICO.....	8 - 16
2.4 HIPÓTESIS.....	16
2.5 OBJETIVOS.....	17
2.5.1 GENERAL.....	17
2.5.2 ESPECÍFICOS.....	17
<b>3. MATERIAL Y MÉTODOS</b>	
3.1 TIPO DE ESTUDIO.....	18
3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	18
3.3 UNIVERSO Y POBLACIÓN A ESTUDIAR.....	18
3.4 MUESTRA DE ESTUDIO Ó TAMAÑO MUESTRAL.....	18
3.5 CRITERIO DE INCLUSIÓN.....	19
3.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	19
3.7 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES.....	19
3.7.1 INDEPENDIENTE.....	19
3.7.2 DEPENDIENTE.....	19
3.7.3 INTERVINIENTE.....	19
3.7.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	20 - 21
3.8 TAREAS ESPECÍFICAS PARA EL LOGRO DE RESULTADOS, RECOLECCIÓN DE DATOS U OTROS.....	21 - 22
3.9 PROCESAMIENTO DE DATOS.....	23
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>24 - 26</b>
4.1 POR VARIABLES INTERVINIENTES.....	28 - 30
4.2 GRUPO CONTROL.....	30 - 32
4.3 DIFERENCIA SIGNIFICATIVA Y ESTIMACIÓN DE RIESGO.....	33 - 53

<b>ÍNDICE</b>	<b>PÁGINA</b>
5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS HALLADOS.....	54 - 55
6. CONCLUSIONES.....	56
7. RECOMENDACIONES.....	56
8. BIBLIOGRAFÍA.....	57 - 59
9. GLOSARIO.....	60 - 61
10. ANEXOS.....	62-96

**DÉFICIT DE ATENCIÓN EN PACIENTES ADULTOS CON TRASTORNOS  
PSIQUIÁTRICOS EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL  
HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA MAYO 2012 A ABRIL 2013  
(RESUMEN)**

**INTRODUCCIÓN**

Durante casi un siglo se reconoció y se trató el desorden de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños, pero la frecuente persistencia de la sintomatología de TDAH en adultos sólo se ha tenido en cuenta en las últimas décadas. La creencia que permaneció entre los profesionales por muchos años era que los niños y los adolescentes llegarían a la adultez sin síntomas de la enfermedad. Sin embargo, la investigación contemporánea ha demostrado que entre el 70% y el 80% de quienes padecen el trastorno en la infancia persistirán con síntomas que interferirán con el desempeño en áreas académicas, vocacionales y sociales del adulto.

**MÉTODOS**

El presente estudio es de tipo observacional descriptivo, conformado por 70 pacientes con los diagnósticos de trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad y por uso de sustancias, que ingresan por primera vez a la consulta externa del hospital Víctor Larco Herrera entre mayo 2012 y abril 2013, entre 18 y 49 años de edad. Así mismo, a cada paciente se les encuestará mediante el uso de la escala de autodetección para TDAH en adultos ASRS - V1.1 El análisis de datos se realiza mediante el paquete estadístico SPSS 6.1.1 para Windows. Se considera como diferencia significativa cuando  $p < 0.05$ .

**RESULTADOS**

Tras la aplicación de la escala de auto detección para TDAH ASRS v1.1, se comprobó la incidencia de síntomas compatibles con TDAH en un 30% de las personas evaluadas (21 pacientes); de manera más específica, la incidencia en pacientes con trastornos de ansiedad con casos positivos para TDAH fue de 11 pacientes (32.4%), en el grupo de trastornos de personalidad fue de 4 (26.7%) y en el grupo por uso de sustancias, fue de 6 (28.6%). Con relación a las variables intervinientes, la mayor incidencia de mujeres con síntomas de TDAH correspondió al grupo de trastornos de ansiedad (26%); mientras que los varones hicieron lo propio en el grupo de trastornos por uso de sustancias con el mismo valor. Por el grupo etéreo, el mayor puntaje correspondió a aquellos que tenían entre 18 y 29 años de edad (30%) y al estado civil, las personas solteras con síntomas compatibles para TDAH obtuvieron un 20%.

Se presentó diferencia significativa ( $p < 0,001$ ) en la relación del grupo de pacientes con trastornos de ansiedad y el nivel de educación secundaria.

**CONCLUSIONES**

La incidencia de síntomas compatibles con trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) está presente en los pacientes adultos de la consulta externa del Hospital Víctor Larco Herrera de mayo 2012 a abril 2013, siendo el grupo de pacientes con trastornos de ansiedad con el mayor puntaje de casos positivos para TDAH.

**PALABRAS CLAVE:** Déficit de atención e hiperactividad, trastornos psiquiátricos, escala de autoreporte para adultos.

**DEFICIT OF ATTENTION IN PATIENTS ADULTS WITH DISORDERS  
PSYCHIATRIC IN THE SERVICE OF EXTERNAL CONSULTATION OF THE  
VICTOR LARCO HERRERA HOSPITAL MAY 2012 TO APRIL 2013  
(SUMMARY)**

**BACKGROUND**

Durante nearly a century was recognized and dealt with the disorder attention deficit hyperactivity (ADHD) in children, but frequent persistence of the symptoms of ADHD in adults only has been taken into account in recent decades. The belief that remained among professionals for many years was that children and adolescents reach adulthood without symptoms of the disease. However, contemporary research has shown that you between 70% and 80% of those who suffer from the disorder in childhood will persist with symptoms that interfere with performance in academic, vocational, and social areas of the adult.

**METHODS**

This study is descriptive observational type, consisting of 70 patients with diagnoses of anxiety, disorders of personality and substance use disorders, admitted for the first time to the outpatient hospital Víctor Larco Herrera may 2012 to April 2013, between 18 and 49 years of age. Likewise, each patient is les survey using the scale of autodetection for ADHD in adults ASRS - V1.1 data analysis is performed using the statistical package SPSS 6.1.1 for Windows. Is considered as a significant difference when  $p < 0.05$ .

**RESULTS**

After the application of the scale of auto detection for TDAH ASRS v1.1, found the incidence of ADHD symptoms in 30% of evaluated persons (21 patients); more specifically, the incidence in patients with positive cases for ADHD anxiety disorder was of 11 patients (32.4%), personality disorders group was 4 (26.7%) and in the group by use of substances, was 6 (28.6%). With regard to intervening variables, the higher incidence of women with symptoms of ADHD corresponded to the Group of disorders of anxiety (26%); while the boys did the same in the Group of disorders by use of substances with the same value. By age group, the highest score corresponded to those who were between 18 and 29 years of age (30%) and marital status, single people with compatible symptoms for ADHD obtained a 20%. Presented significant difference ( $p < 0,001$ ) in the relationship of the Group of patients with disorders of anxiety and the level of secondary education.

**CONCLUSIONS**

The incidence of symptoms consistent with attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) is present in 30% of adult patients from the outpatient's Hospital Victor Larco Herrera of may 2012 to April 2013, being the Group of patients with anxiety disorders with the highest score of positive for ADHD

**KEYWORDS:** Deficit of attention and hyperactivity, psychiatric disorders, scale self-report for adults.

## 1. INTRODUCCIÓN

Durante casi un siglo se reconoció y se trató el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños, pero la frecuente persistencia de la sintomatología de TDAH en adultos sólo se ha tenido en cuenta en las últimas décadas. La creencia que prevaleció entre los profesionales por muchos años era que los niños y los adolescentes llegarían a la adultez sin síntomas de la enfermedad. Sin embargo, la investigación contemporánea ha demostrado que entre el 70% y el 80% de quienes padecen el trastorno en la infancia persistirán con síntomas que interferirán con el desempeño en áreas académicas, vocacionales y sociales del adulto (17).

Según las investigaciones previas, del 50 al 70% de los niños que sufren este problema van a continuar presentando síntomas durante la vida adulta. A pesar de esto, no es fácil detectar a pacientes adultos que padecen un TDAH por varias razones: la primera es que el trastorno va modificando sus características con el paso de los años; en segundo lugar los individuos encuentran formas de compensar sus déficits; por último la importante y severa comorbilidad que se asocia a este trastorno camufla su presencia (26).

Muchos adultos con TDAH tienen trastornos psiquiátricos comórbidos como: ansiedad (47%), trastornos del humor (38%), control de impulsos (20%) y trastorno por consumo de sustancias (15%). Los síntomas de TDAH pueden ser minimizados por síntomas más agudos de éstos trastornos comórbidos. Por el contrario, la ansiedad comórbida y trastornos del aprendizaje pueden ser exacerbados por síntomas más notorios de TDAH. (24)

Por tal motivo, la importancia del presente trabajo tiene un valor tanto académico como terapéutico. En el primer caso, servirá de base ya que no se cuenta en la actualidad con investigaciones previas realizadas en nuestro país, así mismo, pondrá en conocimiento la incidencia de esta patología de manera comórbida con otros trastornos psiquiátricos que son de manejo ambulatorio en el hospital Víctor Larco Herrera, mientras que en el segundo caso, considerar posteriormente la alternativa de iniciar un tratamiento psiquiátrico en adultos para la entidad que es objeto de nuestro estudio.

## **2. PLANEAMIENTO DE ESTUDIO**

### **2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: FORMULACIÓN**

¿Cuál es la incidencia de síntomas compatibles con trastorno de déficit de atención e hiperactividad en pacientes con trastornos psiquiátricos del servicio de consulta externa del Hospital Víctor Larco Herrera de mayo 2012 a abril 2013?

### **2.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA**

La persistencia del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en adultos y ratios de varones – mujeres de este trastorno, han sido temas controversiales en el diagnóstico en adultos. El apoyo para el diagnóstico puede ser encontrado en datos que muestran la prevalencia de vida para condiciones comórbidas como trastornos antisociales, trastornos del humor, ansiedad y abuso de sustancias que puedan ser consistentes a través de poblaciones adultas y pediátricas con TDAH. Aquellas condiciones coexistentes se adjuntaron no solo al deterioro asociado con TDAH en adultos sino también a la carga económica que implican, cuya magnitud es generalmente desconocido. Sin embargo, adultos con el trastorno, al igual que los niños, probablemente tienen altos cuidados de la salud y costos que la gente sin la enfermedad (2).

La prevalencia anual de adultos con TDAH en Estados Unidos (EE. UU) ha sido estimada en 4.4%, haciéndolo uno de los desórdenes más comunes en la adultez. Un reciente metaanálisis de estudios de TDAH entre adultos de un número de países reportó una prevalencia conglomerada de 2.5% (1).

Un estudio correlacional con una muestra de 378 pacientes diagnosticados con TDAH en la niñez entre 1988 y 2000 que habían iniciado tratamiento después de haber sido diagnosticados fue realizado. 88 pacientes fueron evaluados años después (2006) con edades entre los 18 & 33 años. 85% de los pacientes en este estudio tuvieron tratamiento combinado. Los datos encontrados en este estudio mostraron baja comorbilidad que otros estudios publicados (36.4%), al igual como una baja persistencia del diagnóstico completo de TDAH en la adultez (15%). Esta es una población tratada, los resultados pueden dirigirse a un posible rol protector del tratamiento temprano del TDAH (18).

Mc Gough & col. (2005) encontraron que el 87% de los pacientes con TDAH, tenían un trastorno psiquiátrico y el 56% de ellos, tenían 2 trastornos (7).

Posteriormente, en ese mismo año se hicieron otros estudios como el que se hizo en una población activa, donde los individuos con TDAH tuvieron más comorbilidad (incluyendo ansiedad, trastorno bipolar, depresión, abuso de drogas y alcohol, trastorno antisocial y trastorno desafiante oposicionista), perdieron más tiempo de trabajo y utilizaron más recursos en servicios de salud que aquellos que fueron vistos por cuidado profesional para otros problemas médicos. El mismo estudio mostró que los costos médicos para adultos con TDAH fueron casi el doble que aquellos individuos sin TDAH (\$5,651 vs \$2,771, respectivamente). Otro estudio (EE. UU) mostró que cada año, los empleados con TDAH tienen un exceso de la media de 8.4 días de ausencia del trabajo, 21.7 días con reducida cantidad de trabajo y 13.6 días con calidad de trabajo reducida comparado con empleados sin la enfermedad. Aquella evaluación del rendimiento laboral asociado con TDAH aconteció para un estimado de 143.8 millones por día de productividad perdida en los 10 países estudiados (1).

Philipsen & col. (2008) evaluaron que en 118 mujeres, la prevalencia para TDAH fue de 16.1%, así mismo estas personas tenían un trastorno psiquiátrico del eje I en un 99.2% y un trastorno del eje II en 30.5%.

Babcock, Ornstein & col. (2009) demostraron altas frecuencias de comorbilidad psiquiátrica en pacientes con TDAH (13).

Cumyn & col. (2009), observaron que adultos con TDAH, tuvieron altos valores en trastornos pertenecientes al eje I y eje II, al mismo tiempo que aquellos con TDAH combinado eran más propensos a tener trastornos afectivos, de ansiedad y personalidad (6).

Hasta la fecha, en referencia a Perú y otros países de América Latina, no se tienen al alcance investigaciones recientes sobre la prevalencia de TDAH en adultos o la comorbilidad de esta en las enfermedades psiquiátricas.

## **2.3 MARCO TEÓRICO**

El Trastorno de Déficit de Atención y/o Hiperactividad (TDAH) es un cuadro sintomático tremendamente heterogéneo desde el punto de vista clínico y pronóstico. Se caracteriza básicamente por una atención lábil y dispersa, impulsividad e inquietud motriz exagerada para la edad del niño y sin carácter propositivo.

Aunque tradicionalmente se ha relacionado con una situación clínica típica de la infancia y la adolescencia, en la actualidad definimos al TDAH como un trastorno crónico sintomáticamente evolutivo. Los pacientes afectados se muestran inquietos y dispersos en los primeros años de edad, e incluso, en los primeros meses de vida. El cuadro se hace especialmente notable a partir de



los tres primeros años, mostrando una diversidad clínica e intensa a partir de los seis años de edad, durante la etapa escolar.

El TDAH es una alteración fundamentalmente ejecutiva. El concepto de función ejecutiva engloba las capacidades necesarias para tender a un estímulo, planificar y organizar una acción, reflexionar sobre las posibles consecuencias de las acciones e inhibir la primera respuesta automática cambiándola por otra más apropiada. Las tareas cognitivas necesarias para la función ejecutiva (alteradas en pacientes con TDAH) son: memoria de trabajo, inhibición (motora, cognitiva o emocional), la atención selectiva y sostenida, fluidez verbal, planificación, la flexibilidad cognitiva y control de las interferencias. El TDAH supone aproximadamente el 50% de las consultas en psiquiatría infantil y adolescente y explica al menos un 10% de los comportamientos disruptivos. Comparado con los niños de su misma edad, los niños con TDAH requieren el doble de recursos médicos (hospitalización, consultas externas y urgencias), sobre todo por traumatismos y fracturas.

## ETIOLOGÍA

### Aspectos genéticos

La etiología de este trastorno es desconocida y probablemente intervengan factores genéticos y ambientales. Indudablemente, el TDAH tiene un intenso componente genético. Los estudios realizados en los últimos 30 años revelan una heredabilidad de 0,6 a 0,9. Otros estudios más recientes efectuados en gemelos apuntan incluso valores más elevados. Paralelamente, la frecuencia de hiperactividad en gemelos monocigóticos es 1,5 veces más elevada que en gemelos dicigóticos.

Otros estudios de análisis familiar revelan que los padres de hijos con TDAH tienen un riesgo de 2-8 veces más que la población general de sufrir también este trastorno.

Del mismo modo, los familiares de niños con TDAH tienen una mayor prevalencia de trastornos neuropsiquiátricos como la personalidad antisocial, trastornos del estado de ánimo, trastorno disocial, los trastornos obsesivo-compulsivos, los trastornos por ansiedad y el abuso de sustancias. Esta circunstancia se ha puesto en evidencia de forma contundente al estudiar a los padres biológicos de niños adoptados que sufren este trastorno; la incidencia de patrones psicopatológicos es claramente superior en los padres biológicos que en los adoptivos. Por este motivo se han propuesto múltiples teorías genéticas que intentan justificar una transmisión asociada o simultánea del TDAH con otras patologías psiquiátricas.

Aunque para explicar genéticamente esta patología se ha apuntado la presencia de un patrón de herencia monogénico en algún estudio, por ejemplo la asociación con carácter autosómico dominante ligado al cromosoma 20 (estudio de Hess y colaboradores en 1995), los estudios de segregación

familiar más recientes señalan un patrón poligénico como base genética del TDAH.

Partiendo del beneficio terapéutico obtenido con sustancias dopaminérgicas como los psicoestimulantes, las primeras investigaciones en la genética molecular se dirigieron hacia los genes relacionados con la transmisión dopaminérgica. El defecto podría situarse en el gen para el transportador de la dopamina (DAT1) en el cromosoma 5p15.3, el cual inactivaría al neurotransmisor posiblemente por la elevada afinidad por el mismo y una menor recaptación de dopamina por la neurona presináptica. Otra posibilidad se situaría a nivel del gen para el receptor de la dopamina (DRD4) en el cromosoma 11p15.5, que codificaría un receptor postsináptico disfuncional, con menor sensibilidad a la dopamina del espacio sináptico. Esta teoría explicaría desde el punto de vista terapéutico el beneficio de estos pacientes con agonistas dopaminérgicos como los estimulantes.

Otra teoría de base genética apuntada en 1997 por Odell y colaboradores, señala la presencia de dos alelos en el complejo principal de histocompatibilidad (el alelo nulo del gen C4B y el alelo beta-1 del gen DR), relacionados con la formación de sustancias inmunológicas que se han identificado en el paciente con TDAH con una frecuencia 8 veces mayor que en la población sana.

### Aspectos neurológicos

Apoyándonos en la misma teoría dopaminérgica, habría que presuponer que cualquier alteración lesiva de las vías frontoestriatales puede justificar una situación clínica similar.

La prematuridad y el bajo peso al nacer se han asociado con frecuencias entre el 20 y el 30% a hiperactividad y déficit de atención. La presencia de dificultades escolares supera el 50% de los casos en niños con peso inferior a 1000gr. Estos hallazgos probablemente ponen de manifiesto la lesión selectiva de ganglios basales y lóbulos frontales, aunque otros factores como las complicaciones postnatales y los tratamientos empleados en estos niños pueden posteriormente contribuir a la sintomatología.

El síndrome de alcohol fetal asocia rasgos físicos peculiares, retraso mental o nivel cognitivo medio-bajo, y con mucha frecuencia, síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad. Esta relación clínica se ha observado también en madres fumadoras o con exposición al humo del tabaco durante la gestación. La relación entre el consumo de tabaco durante el embarazo y la mayor prevalencia de trastornos conductuales o alteraciones del desarrollo cognitivo en el niño se ha reflejado con frecuencia en la literatura médica con independencia de la mayor frecuencia de bajo peso o la mayor predisposición a complicaciones perinatales en el hijo de madre fumadora. A este factor, algunos autores suman un componente adicional; la madre que fuma durante el embarazo a pesar de conocer los efectos nocivos para el niño probablemente tenga una falta de autocontrol o una “tendencia compulsiva” por el tabaco, rasgos que estos autores asocian a la propia hiperactividad.

Numerosos estudios han relacionado la exposición pre o postnatal al plomo como una causa posible del TDAH. Esta exposición puede preceder la sintomatología característica de este trastorno, así como otros déficits cognitivos.

### Aspectos médicos

A los factores genéticos y neurológicos se suman numerosos factores no estrictamente neuropatológicos que pueden explicar la hiperactividad y el déficit de atención.

El TDAH se ha relacionado con la resistencia generalizada a la hormona tiroidea. El 50% de los pacientes con esta resistencia muestran síntomas compatibles con el TDAH. Esta alteración se origina en la mutación autosómica dominante del receptor humano para la hormona, localizado en el cromosoma 3. Se propone como explicación etiopatogénica la asociación a alteraciones cerebrales acontecidas durante el neurodesarrollo fetal en estos niños. Esta teoría se apoya además en la presencia de alteraciones del lóbulo temporal o de la cisura de Silvio en pacientes con resistencia a la hormona tiroidea. Sin embargo, la prevalencia de esta patología es tan baja, que escasamente puede justificar el propio TDAH y aún menos la sistematización de estudios de resistencia a la hormona en esta población.

Igualmente se ha observado una mayor prevalencia de TDAH en niños con desnutrición grave durante los primeros meses de vida. En este grupo, más del 50% de los niños mostrarán hiperactividad y déficit de atención, incluso en la adultez. El origen de esta asociación se sitúa en la necesidad de un correcto aporte cualitativo y cuantitativo en la dieta del lactante para el buen desarrollo del sistema nervioso central, aunque de nuevo puedan añadirse factores ambientales y sociales a esta teoría.

Finalmente, la relación entre los trastornos neuropsiquiátricos autoinmunes asociados con infecciones estreptocócicas (Gilles de la Tourette, trastorno obsesivo-compulsivo) y la hiperactividad, ha promovido nuevas hipótesis que relacionan al propio TDAH con bases autoinmunológicas relacionadas con los estreptococos. Estas teorías no han podido ser aclaradas en niños hiperactivos.

### EPIDEMIOLOGÍA

Establecer con exactitud la prevalencia del TDAH se presume complejo por la diferencia entre los criterios diagnósticos empleados, los métodos y las fuentes de información. Esta falta de unanimidad en la definición del problema se ha reflejado en la inclusión de pacientes dentro del diagnóstico de TDAH; así, dependiendo de las series y los métodos diagnósticos empleados, la prevalencia de este trastorno se situaría entre el 1% y el 24%.

Estas frecuencias más elevadas las observamos en estudios generalmente observacionales basados en entrevistas estructuradas y pobremente confirmadas. Debemos señalar que hasta el 40-50% de los varones son etiquetados por profesores y padres como inquietos o “hiperactivos”.

Fuente	Población	Criterios diagnósticos	Prevalencia (%)
Gilberg, 1983	Suecia	CIE-9	2
Satin, 1985	EEUU	DSM-III	8
Anderson, 1987	Nueva Zelanda	DSM-III	6,7
Bird, 1988	Puerto Rico	DSM-III	9,5
Offord, 1987	Canadá	DSM-III	6
Newcom, 1989	EEUU	DSM-III DSM-III-R	12,9 18,9
Taylor, 1991	Inglaterra	DSM-III CIE-9	1,7 2
Baumgaertel, 1995	Alemania	DSM-III DSM-IV-TR	9,6 17,8
Esser, 1990	Alemania	DSM-III-R	4,2
Pelham, 1992	EEUU	DSM-III-R	2,5
Shaffer, 1996	EEUU	DSM-III-R	4,9
Leung, 1996	Hong Kong	DSM-III-R CIE-9	9 1
Wolraich, 1996	EEUU	DSM-III-R DSM-IV-TR	7,3 11,4

Por otra parte, las diferencias observadas entre la prevalencia del TDAH en Reino Unido (1-2%) y Estados Unidos (3-10%) obedece a los criterios diagnósticos empleados y el profesional que aborda este diagnóstico. En cuanto al primer apartado, el diagnóstico en Inglaterra se establece generalmente desde los criterios de la CIE, donde la presentación clínica de los síntomas debe ser más generalizada o multiambiental, y la comorbilidad es básicamente excluyente.

En referencia, los criterios americanos son más flexibles, admitiendo el diagnóstico cuando los síntomas aparecen en dos o más ambientes, aunque no tienen porque observarse en todos; sumándose a este factor, la clasificación del DSM-IV-TR admite la comorbilidad dentro del apartado diagnóstico.

En adultos se dispone de menos datos epidemiológicos en comparación con otras edades, pero los estudios realizados señalan que el TDAH también se manifiesta en personas adultas y con una frecuencia destacada. Los primeros trabajos encontraron prevalencias en adultos entre el 4 y el 5%.

En el reciente National Comorbidity Survey Replication (NCS-R), sobre una muestra de 9.282 sujetos en población general americana, se ha observado nuevamente una prevalencia del TDAH en adultos del 4,4%. En otro estudio realizado en Holanda, la prevalencia fue del 1-3% (27).

## Diferencias por sexo

La relación según el sexo, muestra mayor prevalencia en varones que en niñas. Los estudios reflejan relaciones de 1:2 a 1:6 (niñas: niños). Estas diferencias están muy condicionadas por el tipo de estudio y las características sintomáticas de las niñas, cuya hiperactividad e impulsividad es habitualmente menor. Las diferencias más significativas se encuentran en el subtipo impulsivo-hiperactivo (1:4), reduciéndose en el subtipo desatencional (1:2).

En estudios realizados en adolescentes o adultos, en los cuales el componente de sobreactividad disminuye considerablemente, la relación entre mujeres y varones llega a igualarse o incluso a descompensarse, mostrando mayor prevalencia del TDAH en el sexo femenino. Del mismo modo, constatamos una mayor asistencia al especialista por parte de las mujeres adolescentes y adultas para recibir tratamiento en comparación con los hombres, situación que de nuevo modifica la valoración adecuada de frecuencias en esta edad.

Estos aspectos ponen de manifiesto que probablemente estamos ante una patología de distribución más similar entre ambos sexos que la que realmente observamos en la clínica. Los sesgos son diagnósticos, motivados por la situación clínica predominante en cada momento de estos niños, adolescentes y adultos.

## DIAGNÓSTICO

A partir de 1970, la Asociación Americana de Psiquiatría en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, actualmente en su cuarta edición, así como la Organización Mundial de la Salud, en su décima revisión, sustituyen el término disfunción cerebral mínima por el de “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad” (DSM-IV-TR) o el de “Trastornos Hipercinéticos” (CIE-10).

Ambas clasificaciones tienen una serie de criterios que han de ser cumplidos en un determinado número para poder hacer el diagnóstico de TDAH. La CIE-10 tiene tres apartados relacionados con los trastornos del comportamiento de los niños, diferenciados como trastornos hipercinéticos, trastornos disociales y trastornos mixtos de las emociones y la conducta. La DSM-IV-TR tiene dos categorías, la de trastorno de la atención y de la actividad-impulsividad y trastornos de conducta. Los síntomas deben aparecer antes de los 7 años y ser persistentes y aparecer en varios entornos. Esta última especificación en la DSM-IV-TR es más flexible, permitiendo que solo uno de los síntomas sea ubicuo y los otros situacionales (solo en el colegio o en casa).

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL TRASTORNO HIPERCINÉTICO (OMS)

Déficit de atención	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.</li> <li>2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.</li> <li>3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice</li> <li>4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones.</li> <li>5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.</li> <li>6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental sostenido.</li> <li>7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades , tales como material escolar, libros, etc.</li> <li>8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos.</li> <li>9. Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias</li> </ol>
Hiperactividad	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en su asiento.</li> <li>2. Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.</li> <li>3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas.</li> <li>4. Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.</li> <li>5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.</li> </ol>
Impulsividad	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.</li> <li>2. A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo.</li> <li>3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros.</li> <li>4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.</li> </ol>
El inicio del trastorno no es posterior a los siete años	
Los criterios deben cumplirse en más de una situación	
Los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad ocasionan malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social , académico o laboral.	
No cumple los criterios para trastorno generalizado del desarrollo, episodio maniaco, episodio depresivo o trastorno de ansiedad.	

### TDAH EN ADULTOS

Históricamente, se ha considerado que el TDAH era un problema infantil que provocaba un retraso en el desarrollo del control de impulsos y que se superaría en la adolescencia. No obstante, hace no muchos años es que se ha identificado, diagnosticado y tratado con éxito a adultos con TDAH que al mismo tiempo tenían un trastorno psiquiátrico concomitante con este desorden. En Estados Unidos, aproximadamente el 4.4% de los adultos tienen trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Aún así, esta condición nos recuerda que el 10.9% de adultos con TDAH recibió tratamiento.

Para complicar más el diagnóstico, adultos con TDAH a menudo tienen trastornos psiquiátricos comórbidos que pueden enmascarar los síntomas de TDAH.

Teniendo en cuenta que la mayor parte de los adultos no habrán recibido un diagnóstico de TDAH en la infancia, es importante que el clínico tenga un cierto grado de sospecha que facilite la identificación del trastorno. Probablemente el paciente adulto con este trastorno no consultará por problemas de inquietud o inatención. Los motivos de consulta más frecuentes serán los que dependan de algún trastorno comórbido; o bien los provocados por el deterioro que produce el trastorno en su funcionamiento vital.

Desde el reconocimiento del TDAH del adulto por parte del DSM IV TR, se han utilizado mayoritariamente sus criterios diagnósticos para identificar el trastorno. De acuerdo con el DSM VI-TR, para diagnosticar un TDAH se requiere que el paciente tenga 6 síntomas o signos del grupo de inatención, y/o 6 del grupo de hiperactividad-impulsividad. (Tabla 1). Al menos alguno de estos síntomas o signos deben haber comenzado antes de los 7 años, deben haber estado presentes durante al menos 6 meses, y han tenido que producir deterioro por lo menos en 2 áreas de la vida (26).

### COMORBILIDAD CON OTROS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Muchos adultos con TDAH tienen trastornos psiquiátricos comórbidos, que incluyen ansiedad (47%), trastorno del humor (38%), control de impulsos (20%) y trastorno por consumo de sustancias (15%). Los síntomas de TDAH pueden ser minimizados por síntomas más agudos de éstos trastornos comórbidos. Por el contrario, la ansiedad comórbida y trastornos del aprendizaje pueden ser exacerbados por síntomas más notorios de TDAH. (24)

Algunos trastornos comórbidos pueden ser una consecuencia directa del impacto de la sintomatología del TDAH; por ejemplo, pobre rendimiento académico propio del TDAH puede conllevar a ansiedad. Adicionalmente, otras condiciones comórbidas frecuentes como los trastornos depresivos, comparten factores de riesgo con TDAH.

La comorbilidad puede diferir en frecuencia entre adultos y niños con TDAH. Los adultos con TDAH son más comunes que los niños, que tienen uno o más trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad, fobia social, consumo de sustancias, pero en los niños es más común tener un trastorno oposicionista y ansiedad por separación.

Los adultos con TDAH no diagnosticado y patologías comórbidas son generalmente a iniciar tratamiento por causa de problemas asociados con una de las patologías mencionadas, mas no por causa de síntomas de TDAH, de cualquier modo, la presencia de condiciones psiquiátricas comórbidas puede afectar la presencia y curso de TDAH y requerir tratamiento independiente a parte de la TDAH.

El trastorno límite de la personalidad comparte algunos síntomas y algunas repercusiones con el TDAH del adulto (impulsividad, inestabilidad relacional y laboral). Esto complica la detección de la comorbilidad. Además no hay demasiados estudios. Uno de ellos, comparaba las puntuaciones de la WURS (Wender UTAH Rating Scale) en pacientes con diversos tipos de trastorno de personalidad con un grupo control, encontrando que los pacientes con un trastorno límite de la personalidad puntuaban notablemente más alto que el resto (26).

Respecto a los casos de TDAH y depresión, los datos procedentes de población infantil apoyan la existencia de esta comorbilidad. Algunos estudios han encontrado coincidencia de ambos trastornos en un 15 a un 75% de los pacientes. Cuando se estudian poblaciones de adultos con depresión mayor se encuentra que un 16% ha padecido TDAH en la infancia. En un 75% de los que sufrían esta comorbilidad los síntomas de TDAH persistían en la vida adulta (26).

La prevalencia de TDAH en adultos con trastorno bipolar (TB) se ha estimado en un 10%. En pacientes varones con TDAH, la frecuencia de TB es de entre un 10 y un 14%, frente a un 4% en los controles. En mujeres los porcentajes son de un 10% de TB con una frecuencia en controles de entre un 1 y un 3% (26).

La prevalencia de trastornos por ansiedad en adultos con TDAH oscilaría entre un 30 y un 50%. En cuanto a los porcentajes por trastornos, el más prevalente sería el trastorno por ansiedad generalizada (hasta el 50% de los adultos con TDAH), seguido por la fobia social (un 32%). Un 15% sufriría ataques de pánico, y un 7% padecería agorafobia (26).

En relación al TDAH en comorbilidad con el uso de sustancias, hay estudios en los que se pudo apreciar que el alcohol y el consumo de diferentes drogas ilícitas estuvieron significativamente relacionados a los síntomas de TDAH. En adición a lo mencionado, el número de diferentes drogas ilícitas consumidas fue significativamente alto entre los pacientes sintomáticos de TDAH que los no sintomáticos, incluyendo el uso ilícito de sedantes; concluyendo que estos hallazgos resaltan la vulnerabilidad de personas jóvenes con síntomas de TDAH para fumar, consumo de alcohol y uso ilícito de drogas, posiblemente como una señal de automedicación y enfatizar una necesidad de identificación temprana y tratamiento para reducir el riesgo de escalación (25).

En consecuencia, los médicos deberían seguir a pacientes con TDAH para otros trastornos correspondientes al CIE 10, a fin de evaluar pacientes con otros trastornos CIE 10 para TDAH.

## **2.4 HIPÓTESIS**

Los síntomas del trastorno de déficit de atención e hiperactividad pueden estar presentes en los pacientes con trastornos psiquiátricos del servicio de consulta externa del hospital Víctor Larco Herrera de mayo 2012 a abril 2013.



## **2.5 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN**

### **2.5.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la incidencia de síntomas compatibles con trastorno de déficit de atención e hiperactividad en los pacientes con trastornos psiquiátricos del servicio de consulta externa del Hospital Víctor Larco Herrera de mayo 2012 a abril 2013.

### **2.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar la incidencia de síntomas compatibles con trastorno de déficit de atención en pacientes con trastorno de ansiedad.
- Determinar la incidencia de síntomas compatibles con trastorno de déficit de atención en pacientes con trastorno de personalidad.
- Determinar la incidencia de síntomas compatibles con trastorno de déficit de atención en pacientes con trastorno por uso de sustancias.

### **3. MATERIAL Y MÉTODOS**

#### **3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El presente estudio es de tipo observacional.

#### **3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

El presente estudio es de tipo descriptivo prospectivo.

#### **3.3 UNIVERSO Y POBLACIÓN A ESTUDIAR**

Está constituida por un grupo de pacientes provenientes de la consulta externa del Hospital Víctor Larco Herrera entre el periodo mayo 2012 – 2013 con los diagnósticos de trastorno de ansiedad, trastorno de personalidad y trastorno por uso de sustancias.

#### **3.4 MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL**

Está constituida por 70 pacientes, provenientes de la consulta externa; tomándose como un valor referencial producto de investigaciones previas que usan esta cantidad, distribuyéndose de la siguiente manera:

<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>NÚMERO DE PACIENTES</b>
TRASTORNO DE ANSIEDAD	34
TRASTORNO DE PERSONALIDAD	15
TRASTORNO DE USO DE SUSTANCIAS	21

### **3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Pacientes entre 18 a 49 años de edad.
- Pacientes que ingresen por primera vez al servicio de consulta externa.
- Pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad.
- Pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad.
- Pacientes con diagnóstico de trastorno por uso de sustancias.

### **3.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes menores de 18 años y mayores de 49 años de edad.
- Pacientes continuadores en el servicio de consulta externa.
- Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.
- Pacientes con diagnóstico de trastornos afectivos con o sin síntomas psicóticos.

### **3.7 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES**

#### **3.7.1 INDEPENDIENTE**

- Trastornos psiquiátricos: Se consideró ésta como una variable múltiple (trastornos de ansiedad, de personalidad y por uso de sustancias).

#### **3.7.2 DEPENDIENTE**

- Desorden de déficit de atención e hiperactividad

#### **3.7.3 INTERVINIENTE:**

- Lugar de residencia.
- Sexo del paciente.
- Edad actual del paciente en edad fértil (18 – 49 años).
- Grado de instrucción.

### 3.7.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	VALORES	CRITERIOS DE MEDICIÓN DEL INDICADOR	NATURALEZA Y ESCALA	TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION
<u>DEPENDIENTE</u>					
DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)	SIGNOS DE ACUERDO A ESCALA	NO TDAH TDAH	NUNCA O RARAMENTE DE A VECES A MUY FRECUENTEMENTE	CUALITATIVA NOMINAL	HISORIA CLÍNICA OBSERVACIÓN Y EVALUACIÓN CON ESCALA DE AUTODETECCIÓN PARA ADULTOS -V1.1 (ASRS-V1.1)
<u>INDEPENDIENTE</u>					
TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS	CRITERIO DIAGNÓSTICO CIE 10 (F10, F40 & F60)	CON ENFERMEDAD SIN ENFERMEDAD	SI CUMPLE CRITERIOS NO CUMPLE CRITERIOS	CUALITATIVA NOMINAL	OBSERVACIÓN Y EVALUACIÓN SEGÚN CRITERIOS DIAGNÓSTICOS CIE 10
<u>INTERVINIENTE</u>					
GRADO DE INSTRUCCIÓN		AÑOS DE ESTUDIOS	NINGUNO PRIMARIA SECUNDARIA SUPERIOR	CUALITATIVA	ENTREVISTA AL PACIENTE QUE PUEDE DAR LA INFORMACIÓN
SEXO	GÉNERO DE LA PERSONA	MASCULINO FEMENINO		CUALITATIVA	OBSERVACIÓN

EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	AÑOS		CUANTITATI- VA	CONOCIMIENTO DE FECHA DE NACIMIENTO
------	------------------------	------	--	-------------------	---

### 3.8 TAREAS ESPECÍFICAS PARA EL LOGRO DE RESULTADOS, RECOLECCIÓN DE DATOS U OTROS

A cada paciente se le aplicará una ficha clínica que estará compuesta de: datos de filiación, síntomas principales, enfermedad actual, antecedentes e historia familiar. Así mismo, a cada paciente se les encuestará mediante el uso de la escala de autodetección para adultos - V1.1 (Organización Mundial de la Salud, 2003), una escala autoaplicada de 18 ítems que se cotejará con los criterios DSM IV.

La encuesta será autoaplicada con ayuda del investigador y todas se harán hasta completar el número de pacientes. Para la realización del estudio se aplicará el *Adult ADHD Self-Report Scale Version 1.1* (ASRS v.1.1), un cuestionario de 18 ítems que mide síntomas actuales de TDAH en población adulta, desarrollado por el grupo de trabajo de la Organización Mundial de la Salud conjuntamente con la versión de la *WHO Composite International Diagnostic Interview* (WMH-CIDI).

Se puntúan en una escala de 5 opciones (nunca, raramente, a veces, con frecuencia y muy frecuentemente) y se estima para cada ítem una puntuación de corte o criterial, a partir de la cual el ítem es considerado positivo (puntuación 1) y por debajo del cual es considerado negativo (puntuación 0). Este punto de corte se sitúa en el tercer valor (“Algunas veces”) para los ítems 1, 2, 3, 9, 12, 16 y 18 y en el cuarto valor (“Con frecuencia”) para el resto.

Las puntuaciones también pueden ser tratadas como una escala continua entre el 0 (“Nunca”) y el 4 (“Muy frecuentemente”). Los 6 ítems conforman la versión de cribado (*ASRS Screening*; figura 1) para la detección rápida de síntomas sugestivos de TDAH en adultos. Los ítems interrogan sobre la presencia de síntomas durante los 6 meses anteriores a la evaluación (Kessler et al., 2005b). Los 4 primeros ítems investigan síntomas de inatención y los dos últimos de hiperactividad y se consideran puntuaciones criterio las tres primeras desde “a veces” a “muy frecuentemente”, y las tres últimas desde “con frecuencia” a “muy frecuentemente”. Cuatro respuestas en puntuaciones criterio se estiman sugestivas de existencia de TDAH en el adulto.

Cuatro o más marcas en las casillas sombreadas de las primeras 6 cuestiones (Parte A) indica que los síntomas del paciente son muy consistentes con un TDAH, y hacen aconsejable una entrevista diagnóstica más detallada. Como los 6 primeros ítems son los más predictivos pueden usarse aislados como instrumento de screening breve. Las casillas sombreadas de la sección B reforzarían la sospecha diagnóstica, e indicarían otras áreas de exploración (26).

La escala de 18 ítems ofrece una consistencia interna de 0,92; medida por el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach. La estabilidad temporal de la versión reducida es de  $r = 0,74$  en un retest a los 21 días.

Las puntuaciones criterioles de ambas formas (completa y reducida) presentan un fuerte correlación ( $r = 0,76$ ), que es aún mayor si consideramos las respuestas como una escala Likert entre 0 y 4 puntos ( $r = 0,93$ ).

Para refrendar la aplicación de esta escala, se puede destacar los siguientes estudios:

- En un estudio realizado en Barcelona, España (2009) La estructura factorial del ASRS-v1.1 está marcada por dos factores referentes a inatención e hiperactividad/ impulsividad que explican el 67,7% de la varianza. El ASRS-v1.1 con punto de corte 4, presenta una sensibilidad del 87,5% y una especificidad del 68,8% (28).
- En otro estudio realizado en España (2009) que involucró pacientes con abuso de sustancias ingresados en la unidad regional de desintoxicación hospitalaria del Hospital Provincial de Ávila o que acuden de manera ambulatoria al CAD de Ávila o al Centro de Adicciones de Marbella (Málaga), cuyo objetivo era estudiar la comorbilidad del TDAH en una muestra de pacientes con abuso de sustancias, el 75,5 % de los pacientes presentaron resultados positivos para probable TDAH en alguno de los tres cuestionarios utilizados, siendo el caso del ASRS-v1.1 un 43,4 % susceptible de padecer TDAH (29).
- Del total de una muestra de 36 pacientes, donde el 80% son varones y 20% son mujeres, con una edad media de 39.9 años, un 39% presenta sospecha de TDAH según Escala ASRS V1.1. El consumo de alcohol se cifra en un 78%, el de cannabis un 42% y el de cocaína un 53%. Se encuentran diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) de forma que la subpoblación con mayor sospecha de TDAH es la de los varones que ingresan con conductas adictivas (30).

Se solicitará a los pacientes su autorización para participar en esta investigación, para ello deberán firmar un Consentimiento Informado.

### **3.9 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

El estudio se realizará previo trámite administrativo mediante un oficio dirigido al director General del HVLH a fin de obtener la autorización y las facilidades pertinentes para realizar el estudio. Luego se realizarán las coordinaciones con el jefe del servicio de consulta externa, a fin de elaborar el cronograma de recolección de datos.

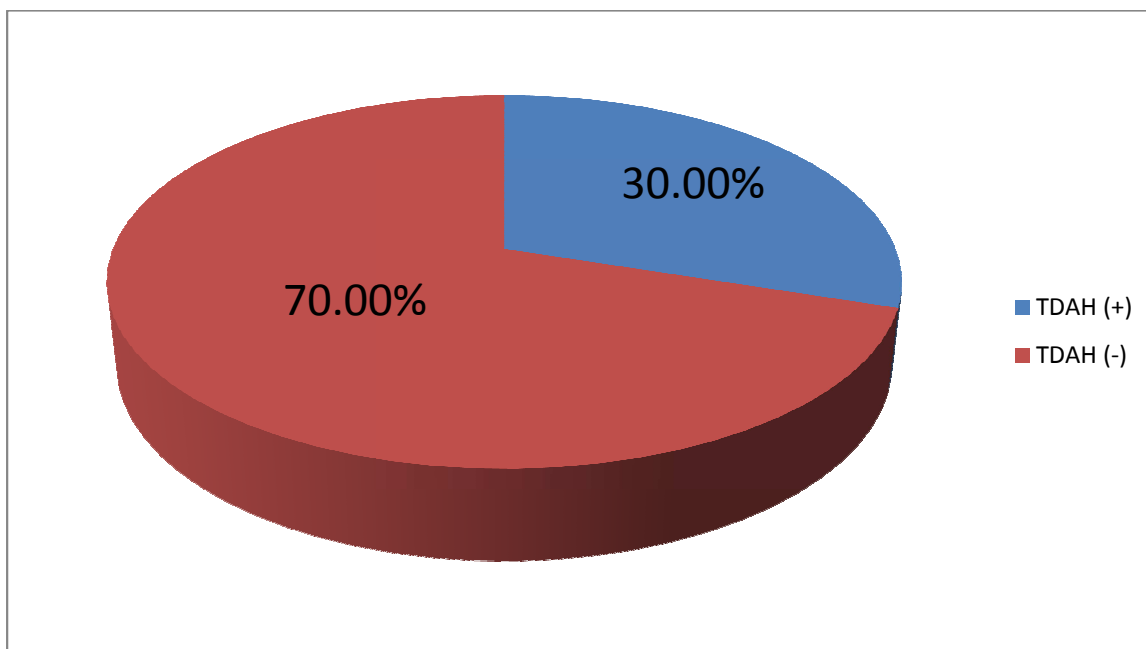
El análisis de datos se realiza mediante el paquete estadístico SPSS 6.1.1 para Windows. Se considera como diferencia significativa cuando  $p < 0.05$ . Los resultados serán trabajados en Excel presentados en gráficos y/o cuadros estadísticos para el análisis e interpretación considerando el marco teórico.

#### 4. RESULTADOS

El tamaño de la muestra establecida fue de 70 pacientes nuevos procedentes de la consulta externa del HVLH, que fueron distribuidos en 03 grupos - de acuerdo al trastorno psiquiátrico que padecían - de la siguiente manera: 34 pacientes correspondieron al grupo de trastornos de ansiedad, 15 al grupo de trastornos de personalidad y 21 al grupo de trastorno por consumo de sustancias, lo que nos da un 100% de nivel de participación en la investigación.

Tras la aplicación de la escala de auto detección para TDAH ASRS v1.1, se comprobó la incidencia de síntomas compatibles con TDAH en un 30% de las personas evaluadas (21 pacientes). Gráfico 1.

**GRÁFICO 01. INCIDENCIA DE SÍNTOMAS COMPATIBLES DE TDAH EN PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA 2012 -2013 DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA.**



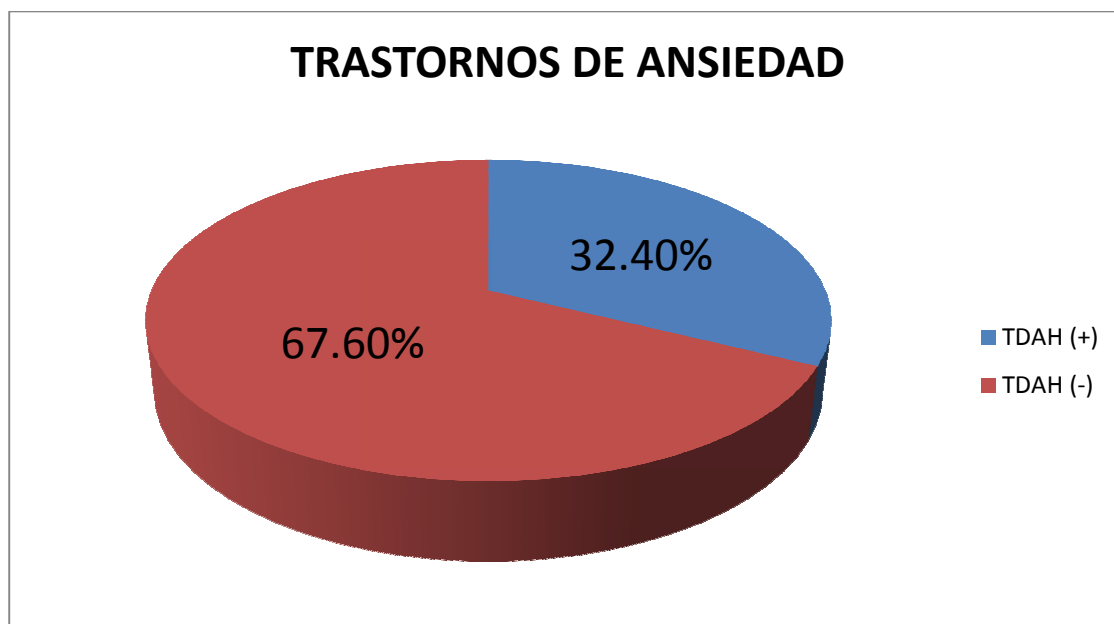


De manera más específica, los resultados de acuerdo a cada grupo conformado por trastorno psiquiátrico, son los siguientes: la incidencia de pacientes con trastornos de ansiedad que dió positivo en la escala ASRS v1.1 para TDAH fue de 11 pacientes (32.4%) [Tabla 1, gráfico 2].

**TABLA 01. SEGÚN RESULTADO POSITIVO A TDAH EN EL GRUPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD**

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
<b>VÁLIDOS</b>	POSITIVO	11	32,4	32,4	32,4
	NEGATIVO	23	67,6	67,6	100,0
	TOTAL	34	100,0	100,0	

**GRÁFICO 02. INCIDENCIA DE SÍNTOMAS COMPATIBLES DE TDAH EN PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA 2012 -2013 DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA, SEGÚN TRASTORNOS DE ANSIEDAD.**

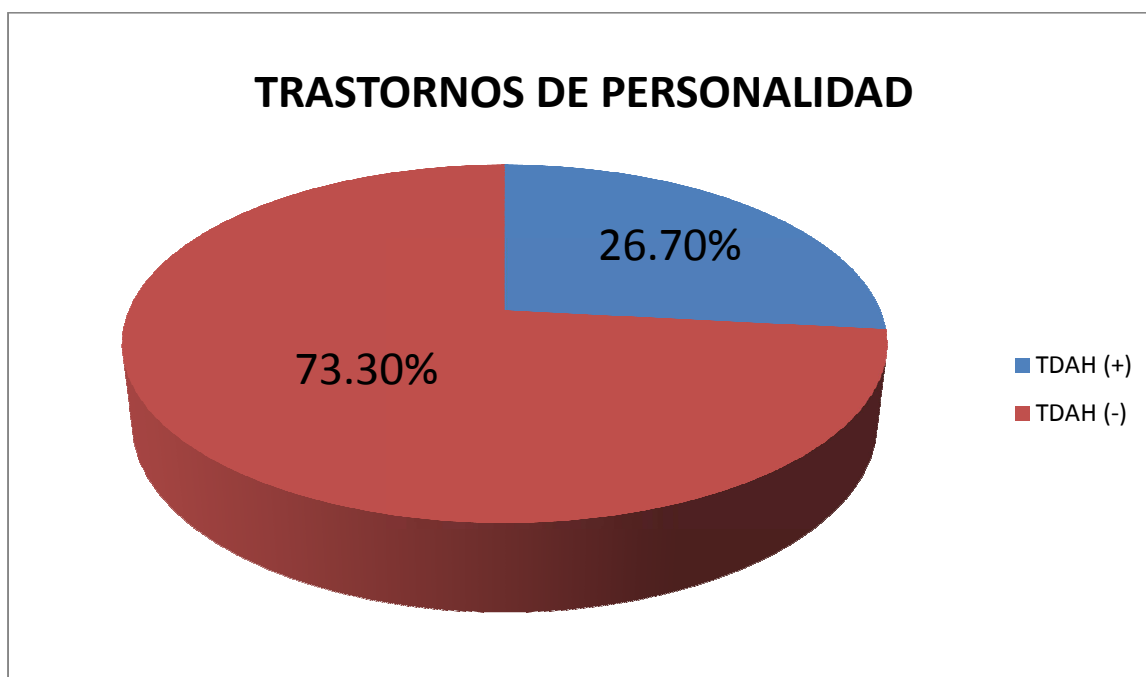


En el grupo de trastornos de personalidad, las personas que dieron un resultado positivo en la escala ASRS v1.1 para TDAH fue de 4 (26.7%) [Tabla 2, gráfico 3].

**TABLA 02. SEGÚN RESULTADO POSITIVO A TDAH EN EL GRUPO DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD**

	FRECUEN- CIA	PORCEN- TAJE	PORCENTA- JE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
<b>VÁLIDOS</b> POSITIVO	4	26,7	26,7	26,7
NEGATIVO	11	73,3	73,3	100,0
TOTAL	15	100,0	100,0	

**GRÁFICO 03. INCIDENCIA DE SÍNTOMAS COMPATIBLES DE TDAH EN PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA 2012 -2013 DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA, SEGÚN TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.**

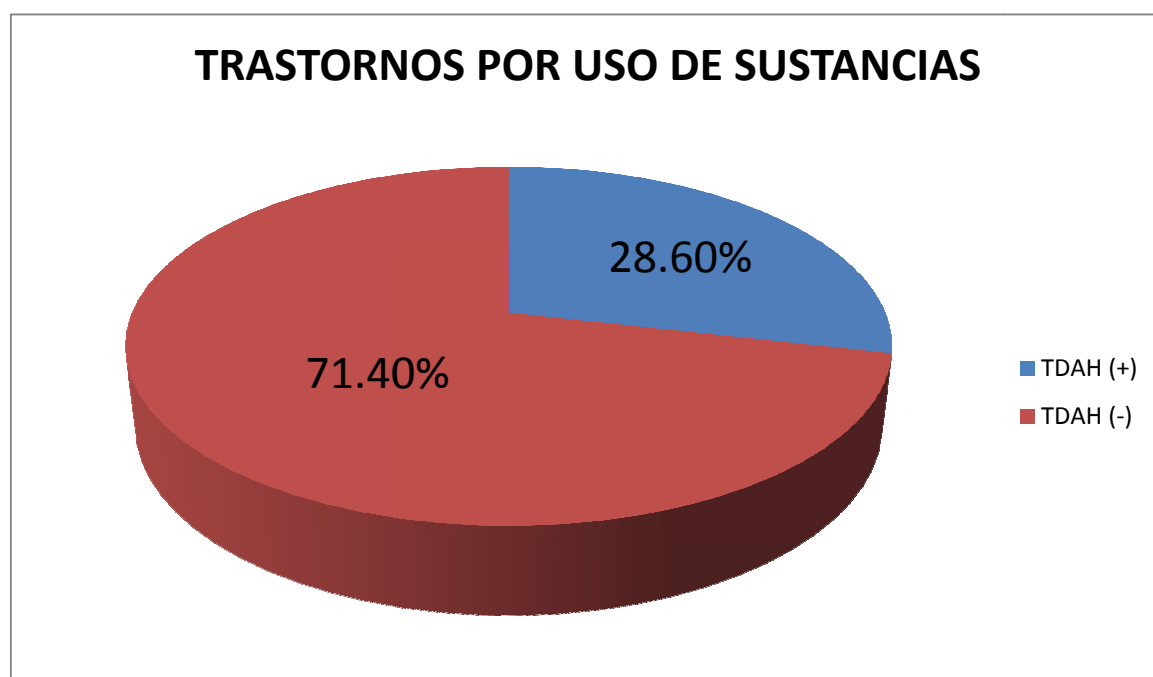


En el grupo de pacientes con trastornos por uso de sustancias, el número total que dieron un resultado positivo en la escala ASRS v1.1 para TDAH, fue de 6 (28.6%) [Tabla 3, gráfico 4].

**TABLA 03. SEGÚN RESULTADO POSITIVO A TDAH EN EL GRUPO DE TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS**

		FRECUEN- CIA	PORCEN- TAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTA- JE ACUMULAD O
<b>VÁLIDOS</b>	POSITIVO	6	28,6	28,6	28,6
	NEGATIVO	15	71,4	71,4	100,0
	TOTAL	21	100,0	100,0	

**GRÁFICO 03. INCIDENCIA DE SÍNTOMAS COMPATIBLES DE TDAH EN PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA 2012 -2013 DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA, SEGÚN TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS**



#### 4.1 RESULTADOS POR VARIABLES INTERVINIENTES

En lo que se refiere al sexo de las personas que formaron parte de este estudio, podemos apreciar que la mayor incidencia de pacientes con síntomas compatibles con TDAH se presentó en mujeres que pertenecían al grupo de trastornos de ansiedad, con un 26% (6 de 23 participantes); mientras que el sexo masculino, tuvo mayor incidencia de casos positivos para TDAH en el grupo de trastornos por uso de sustancias, con un 26% (5 de 19 participantes) [Tabla 4].

Por el grupo etéreo, las personas que tenían entre 18 y 29 años de edad, obtuvieron el mayor porcentaje de resultados positivos en la escala para TDAH, en los tres grupos muestrales, siendo la mayor cantidad en el grupo de trastornos de ansiedad con un 35%, seguido del grupo de trastornos por uso de sustancias, con 31% y 25% para el grupo de trastornos de personalidad respectivamente (Tabla 4).

En el nivel educativo, los resultados positivos en la escala para TDAH se hallaron en pacientes con estudios de secundaria completa, siendo la distribución de la siguiente manera: 33% para el grupo de trastornos de ansiedad (11 pacientes), 30% (4 pacientes) en el grupo de trastornos de personalidad y 25% (4 pacientes) para el grupo de uso de sustancias. Cabe añadir que en este último grupo, 2 personas con estudios secundarios incompletos, dieron positivo en la escala para síntomas compatibles de TDAH, representando el 50% de personas que conforman este subgrupo.

En cuanto al estado civil, la mayor incidencia de resultados positivos en la escala ASRS v1.1 para TDAH correspondió a los pacientes solteros - en los tres subgrupos participantes de este estudio - con un 50% (7 de 14 pacientes) para el grupo de trastornos de ansiedad, 41% (5 de 12 pacientes) para el grupo de trastornos por uso de sustancias y 34% (2 de 6 pacientes) para el grupo de trastornos de personalidad respectivamente (Tabla 4).

**TABLA 04. RESULTADOS DE LA ESCALA ASRS v1.1 DE TDAH EN  
PACIENTES DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO  
HERRERA MAYO 2012 – ABRIL 2013, POR TRASTORNO PSIQUIÁTRICO**

VARIABLES	TRASTORNO DE ANSIEDAD			TRASTORNO DE PERSONALIDAD			TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS		
	TDHAH (+)	TDHAH (-)	TOTAL	TDHAH (+)	TDHAH (-)	TOTAL	TDHAH (+)	TDHAH (-)	TOTAL
<b>GÉNERO</b>									
MASCULINO	5 45%	6 55%	11 100%	2 28%	5 72%	7 100%	5 26%	14 74%	19 100%
FEMENINO	6 26%	17 74%	23 100%	2 25%	6 75%	8 100%	1 50%	1 50%	2 100%
<b>TOTAL</b>	11 32%	23 68%	34 100%	4 26%	11 74%	15 100%	6 28%	15 72%	21 100%
<b>NIVEL DE EDUCACIÓN</b>									
PRIMARIA COMPLETA	0 0%	1 100%	1 100%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
SECUNDARIA COMPLETA	11 33%	22 67%	33 100%	4 30%	9 70%	13 100%	4 25%	12 75%	16 100%
SECUNDARIA INCOMPLETA	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 100%	1 100%	2 50%	2 50%	4 100%
SUPERIOR COMPLETA	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 100%	1 100%	0 0%	0 0%	0 0%
SUPERIOR INCOMPLETA	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 100%	1 100%
<b>TOTAL</b>	11 32%	23 68%	34 100%	4 26%	11 74%	15 100%	6 28%	15 72%	21 100%
<b>EDAD</b>									
18 – 29 AÑOS	7 35%	13 65%	20 100%	2 25%	6 75%	8 100%	5 31%	11 69%	16 100%
30 – 39 AÑOS	3 27%	8 73%	11 100%	1 20%	4 80%	5 100%	1 33%	2 67%	3 100%
40 – 49 AÑOS	1 33%	2 67%	3 100%	1 50%	1 50%	2 100%	0 0%	2 100%	2 100%
<b>TOTAL</b>	11 32%	23 68%	34 100%	4 26%	11 74%	15 100%	6 28%	15 72%	21 100%

ESTADO CIVIL	TRASTORNO DE ANSIEDAD			TRASTORNO DE PERSONALIDAD			TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS		
	TDAH (+)	TDAH (-)	TOTAL	TDAH (+)	TDAH (-)	TOTAL	TDAH (+)	TDAH (-)	TOTAL
SOLTERO	7 50%	7 50%	14 100%	2 34%	4 66%	6 100%	5 41%	7 59%	12 100%
CASADO	2 66%	1 34%	3 100%	1 34%	2 66%	3 100%	0 0%	2 100%	2 100%
SEPARADO	1 14%	6 86%	7 100%	1 25%	3 75%	4 100%	1 33%	2 67%	3 100%
CONVIVIENTE	1 14%	6 86%	7 100%	0 0%	2 100%	2 100%	0 0%	3 100%	3 100%
DIVORCIADO	0 0%	3 100%	3 100%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 100%	1 100%
<b>TOTAL</b>	11 32%	23 68%	34 100%	4 26%	11 74%	15 100%	6 28%	15 72%	21 100%

## 4.2 RESULTADOS EN GRUPO CONTROL

Del mismo modo, se realizó un tamizaje en 20 empleados del HVLH que conformaron un grupo control, hallándose que uno de los participantes del grupo en mención, dió positivo en la escala ASRS v1.1 para síntomas de TDAH, equivalente a un 5% del total de personas evaluadas (Tabla 5).

**TABLA 05. RESULTADOS DE LA ESCALA ASRS v1.1 DE TDAH EN GRUPO CONTROL**

VARIABLES	GRUPO CONTROL		
	TDAH (+)	TDAH (-)	TOTAL
<b>GÉNERO</b>	0	12	12
MASCULINO	0%	100%	100%
FEMENINO	1	7	8
	12%	88%	100%
<b>TOTAL</b>	1	19	20
	5%	95%	100%
<b>NIVEL DE EDUCACIÓN</b>			
PRIMARIA COMPLETA	0	0	0
	0%	0%	0%
SECUNDARIA COMPLETA	0	0	0
	0%	0%	0%
SECUNDARIA INCOMPLETA	0	0	0
	0%	0%	0%
SUPERIOR COMPLETA	1	19	20
	5%	95%	100%
SUPERIOR INCOMPLETA	0	0	0
	0%	0%	0%
<b>TOTAL</b>	1	19	20
	5%	95%	100%
<b>EDAD</b>			
18 – 29 AÑOS	1	5	6
	17%	83%	100%
30 – 39 AÑOS	0	10	10
	0%	100%	100%
40 – 49 AÑOS	0	4	4
	0%	100%	100%
<b>TOTAL</b>	1	19	20
	5%	95%	100%

ESTADO CIVIL	GRUPO CONTROL		
	TDAH (+)	TDAH (-)	TOTAL
SOLTERO  CASADO  SEPARADO  CONVIVIENTE  DIVORCIADO	1 5%	9 95%	10 100%
	0 0%	9 100%	9 100%
	0 0%	0 0%	0 0%
	0 0%	0 0%	0 0%
	0 0%	1 100%	1 100%
<b>TOTAL</b>	1 5%	19 95%	20 100%



#### 4.3 DIFERENCIA SIGNIFICATIVA & ESTIMACIÓN DE RIESGO DE LAS VARIABLES INTERVINIENTES

**TABLA 06. RESULTADO POSITIVO EN LA ESCALA TDAH PARA SUBGRUPO DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD, SEGÚN GÉNERO**

RECUENTO

		GRUPO		TOTAL
		CASO	CONTROL	
<b>GÉNERO</b>	MASCULINO	5	0	5
	FEMENINO	6	1	7
<b>TOTAL</b>		11	1	12

**TABLA 07. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO**

Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
,779 <sup>a</sup>	1	,377	1,000	,583
,000	1	1,000		
1,142	1	,285		
,714	1	,398		
12				

a. 3 casillas (75.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .42.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

**TABLA 08. ESTIMACIÓN DE RIESGO**

	VALOR	INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%	
		INFERIOR	SUPERIOR
Para la cohorte Grupo Caso =	1,167	,862	1,579
N de casos válidos	12		

Tras la revisión de las tablas, podemos interpretar que no existe relación entre el trastorno de ansiedad más TDAH y el sexo masculino; así mismo los resultados no indican que pudiera ser considerado el sexo como factor de riesgo para el TDAH en comorbilidad con los trastornos de ansiedad.

**TABLA 09. RESULTADO POSITIVO EN LA ESCALA TDAH PARA SUBGRUPO DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD, SEGÚN GÉNERO**

RECuento

		GRUPO		TOTAL
		CASO	CONTROL	
<b>GÉNERO</b>	MASCULINO	2	0	2
	FEMENINO	2	1	3
<b>TOTAL</b>		4	1	5

**TABLA 10. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,833 <sup>a</sup>	1	,361	1,000	,600
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	1,185	1	,276		
Estadístico exacto de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,667	1	,414		
N de casos válidos	5				

a. 4 casillas (100.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .40.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

**TABLA 11. ESTIMACIÓN DE RIESGO**

	VALOR	INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%	
		INFERIOR	SUPERIOR
Para la cohorte Grupo = Caso	1,500	,674	3,339
N de casos válidos	5		

Los resultados que muestran las tablas del grupo con trastornos de la personalidad, indican también - al igual que en el grupo de trastornos de ansiedad - que no hay relación entre este trastorno más TDAH y el sexo masculino; así como tampoco que este último fuera un factor de riesgo para el TDAH en comorbilidad con los trastornos de personalidad.

**TABLA 12. RESULTADO POSITIVO EN LA ESCALA TDAH PARA SUBGRUPO  
DE TRASTORNOS DE USO DE SUSTANCIAS, SEGÚN GÉNERO**

RECuento

		GRUPO		TOTAL
		CASO	CONTROL	
<b>GÉNERO</b>	MASCULINO	5	0	5
	FEMENINO	1	1	2
<b>TOTAL</b>		6	1	7

**TABLA 13. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,917 <sup>a</sup>	1	,088	,286	,286
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,263	1	,608		
Razón de verosimilitudes	2,969	1	,085		
Estadístico exacto de Fisher					
Asociación lineal por lineal	2,500	1	,114		
N de casos válidos	7				

**TABLA 13. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,917 <sup>a</sup>	1	,088	,286	,286
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,263	1	,608		
Razón de verosimilitudes	2,969	1	,085		
Estadístico exacto de Fisher					
Asociación lineal por lineal	2,500	1	,114		
N de casos válidos	7				

a. 4 casillas (100.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .29.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

**TABLA 14. ESTIMACIÓN DE RIESGO**

	VALOR	INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%	
		INFERIOR	SUPERIOR
Para la cohorte Grupo caso =	2,000	,500	7,997
N de casos válidos	7		

La interpretación a la que uno llega tras el análisis de los resultados en las tablas de este subgrupo, es que no hay relación entre el TDAH - en comorbilidad con el uso de sustancias - y el sexo masculino; así como tampoco que este último fuera un factor de riesgo para el TDAH con el trastorno comórbido ya mencionado.

**TABLA 15. RESULTADO POSITIVO EN LA ESCALA TDAH PARA SUBGRUPO  
DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD, SEGÚN EDAD**

RECUENTO

	GRUPO		TOTAL
	CASO	CONTROL	
<b>EDAD</b>			
HASTA 29 AÑOS	7	1	8
DE EDAD			
DE 30 AÑOS DE	4	0	4
EDAD A MÁS			
<b>TOTAL</b>	11	1	12



**TABLA 16. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,545 <sup>a</sup>	1	,460	1,000	,667
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,856	1	,355		
Estadístico exacto de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,500	1	,480		
N de casos válidos	12				

a. 3 casillas (75.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .33.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

**TABLA 17. ESTIMACIÓN DE RIESGO**

	VALOR	INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%	
		INFERIOR	SUPERIOR
Para la cohorte Grupo caso =	,875	,673	1,137
N de casos válidos	12		

Los resultados hallados indican que no existe relación entre la edad menor o igual a 29 años de edad y TDAH con trastornos de ansiedad, al igual que no sería considerado el grupo étnico como un factor de riesgo.

**TABLA 18. RESULTADO POSITIVO EN LA ESCALA TDAH PARA SUBGRUPO DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD, SEGÚN EDAD**

RECuento

	GRUPO		TOTAL
	CASO	CONTROL	
<b>EDAD</b>			
HASTA 29 AÑOS	2	1	3
DE 30 AÑOS A MÁS	2	0	2
<b>TOTAL</b>	4	1	5

**TABLA 19. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,833 <sup>a</sup>	1	,361	1,000	,600
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	1,185	1	,276		
Estadístico exacto de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,667	1	,414		
N de casos válidos	5				

a. 4 casillas (100.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .40.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

**TABLA 20. ESTIMACIÓN DE RIESGO**

	VALOR	INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%	
		INFERIOR	SUPERIOR
Para la cohorte grupo caso = N de casos válidos	,667 5	,300	1,484

Al igual que en el caso del subgrupo anterior, la interpretación a la que uno llega en esta tabla es que no existe relación entre los trastornos de personalidad con TDAH y la edad menor o igual a 29 años, así como esta última tampoco pueda ser considerada un factor de riesgo para las 2 patologías.

**TABLA 21. RESULTADO POSITIVO EN LA ESCALA TDAH PARA SUBGRUPO DE TRASTORNOS DE USO DE SUSTANCIAS, SEGÚN EDAD**

RECUENTO

		GRUPO		TOTAL
		CASO	CONTROL	
<b>EDAD</b>	HASTA 29 AÑOS	5	1	6
	DE 30 AÑOS A MÁS	1	0	1
<b>TOTAL</b>		6	1	7

**TABLA 22. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,194 <sup>a</sup>	1	,659	1,000	,857
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,335	1	,563		
Estadístico exacto de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,167	1	,683		
N de casos válidos	7				

a. 3 casillas (75.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .14.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

**TABLA 23. ESTIMACIÓN DE RIESGO**

	VALOR	INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%	
		INFERIOR	SUPERIOR
Para la cohorte Grupo caso =	,833	,583	1,192
N de casos válidos	7		

Dado los resultados que se muestran en las tablas, se interpreta que no existe relación entre los trastornos de uso de sustancias con TDAH y la edad menor o igual a 29 años; como tampoco que este grupo etéreo pueda ser considerado un factor de riesgo.

**TABLA 24. RESULTADO POSITIVO EN LA ESCALA TDAH PARA SUBGRUPO DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD, SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN**

RECuento

		GRUPO		TOTAL
		CASO	CONTROL	
GRADO DE INSTRUCCIÓN	SECUNDARIA	11	0	11
	COMPLETA			
	OTROS	0	1	1
TOTAL		11	1	12

**TABLA 25. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,000 <sup>a</sup>	1	,001	,083	,083
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	2,479	1	,115		
Razón de verosimilitudes	6,884	1	,009		
Estadístico exacto de Fisher					
Asociación lineal por lineal	11,000	1	,001		
N de casos válidos	12				

a. 3 casillas (75.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .08.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Aquí podemos observar que los resultados obtenidos indican que si existe relación entre el grado de instrucción (secundaria completa) y los trastornos de ansiedad con TDAH.

Por otro lado, debido a que hubo valores 0 en 2 casillas, el programa SPSS, no se pudo calcular el riesgo estimado.

**TABLA 26. RESULTADO POSITIVO EN LA ESCALA TDAH PARA SUBGRUPO DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD, SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN**

RECuento

		GRUPO		TOTAL
		CASO	CONTROL	
GRADO DE INSTRUCCIÓN	SECUNDARIA COMPLETA	4	0	4
	OTROS	0	1	1
TOTAL		4	1	5

**TABLA 27. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,000 <sup>a</sup>	1	,025	,200	,200
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,703	1	,402		
Razón de verosimilitudes	5,004	1	,025		
Estadístico exacto de Fisher					
Asociación lineal por lineal	4,000	1	,046		
N de casos válidos	5				

*a.* 4 casillas (100.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .20.

*b.* Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Tras estos resultados, se infiere que no existe relación entre el trastorno de la personalidad con TDAH y nivel de instrucción (secundaria completa). Como el caso anterior – en el grupo con trastornos de ansiedad - no se pudo calcular el riesgo por valores 0 en 2 casillas el programa SPSS.

**TABLA 28. RESULTADO POSITIVO EN LA ESCALA TDAH PARA  
SUBGRUPO DE TRASTORNOS DE USO DE SUSTANCIAS, SEGÚN NIVEL DE  
INSTRUCCIÓN**

RECuento

		GRUPO		TOTAL
		CASO	CONTROL	
GRADO DE INSTRUCCIÓN	SECUNDARIA COMPLETA	4	0	4
	OTROS	2	1	3
	<b>TOTAL</b>	6	1	7

**TABLA 29. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,556 <sup>a</sup>	1	,212	,429	,429
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,024	1	,876		
Razón de verosimilitudes	1,923	1	,166		
Estadístico exacto de Fisher					
Asociación lineal por lineal	1,333	1	,248		
N de casos válidos	7				

a. 4 casillas (100.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .43.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.



**TABLA 30. ESTIMACIÓN DE RIESGO**

	VALOR	INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%	
		INFERIOR	SUPERIOR
Para la cohorte Grupo caso =	1,500	,674	3,339
N de casos válidos	7		

Según los resultados obtenidos, no hay relación entre trastorno por uso de sustancias con TDAH y el grado de instrucción (secundaria completa), al igual que tampoco pueda ser considerado la existencia de riesgo.

**TABLA 31. RESULTADO POSITIVO EN LA ESCALA TDAH PARA SUBGRUPO DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD, SEGÚN ESTADO CIVIL**

RECUENTO

	GRUPO		TOTAL
	CASO	CONTROL	
<b>ESTADO CIVIL</b>			
SOLTERO	7	1	8
OTROS	4	0	4
<b>TOTAL</b>	11	1	12

**TABLA 32. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,545 <sup>a</sup>	1	,460	1,000	,667
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,856	1	,355		
Estadístico exacto de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,500	1	,480		
N de casos válidos	12				

a. 3 casillas (75.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .33.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

**TABLA 33. ESTIMACIÓN DE RIESGO**

	VALOR	INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%	
		INFERIOR	SUPERIOR
Para la cohorte Grupo	,875	,673	1,137
Caso = N de casos válidos	12		

A la interpretación que uno puede llegar tras los resultados descritos en las tablas, es que no existe relación entre el trastorno de ansiedad con TDAH y el estado civil (soltero), como tampoco pueda este último ser considerado un riesgo.

**TABLA 34. RESULTADO POSITIVO EN LA ESCALA TDAH PARA SUBGRUPO DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD, SEGÚN ESTADO CIVIL**

RECuento

	GRUPO		TOTAL
	CASO	CONTROL	
ESTADO CIVIL			
SOLTERO	2	1	3
OTROS	2	0	2
TOTAL	4	1	5

**TABLA 35. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,833 <sup>a</sup>	1	,361	1,000	,600
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	1,185	1	,276		
Estadístico exacto de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,667	1	,414		
N de casos válidos	5				

a. 4 casillas (100.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .40.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

**TABLA 36. ESTIMACIÓN DE RIESGO**

	VALOR	INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%	
		INFERIOR	SUPERIOR
Para la cohorte Grupo caso =	,667	,300	1,484
N de casos válidos	5		

Como se describe en las tablas por los resultados hallados, no hay relación entre trastorno de la personalidad con TDAH y el estado civil (soltero), como también de que este sea considerado como un factor de riesgo para la adquisición del TDAH en el trastorno respectivo comórbido.

**TABLA 37. RESULTADO POSITIVO EN LA ESCALA TDAH PARA SUBGRUPO DE TRASTORNOS DE USO DE SUSTANCIAS, SEGÚN ESTADO CIVIL**

	GRUPO		TOTAL
	CASO	CONTROL	
<b>ESTADO CIVIL</b>			
SOLTERO	5	1	6
OTROS	1	0	1
<b>TOTAL</b>	6	1	7

**TABLA 38. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,194 <sup>a</sup>	1	,659	1,000	,857
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,335	1	,563		
Estadístico exacto de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,167	1	,683		
N de casos válidos	7				

a. 3 casillas (75.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .14.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

**TABLA 39. ESTIMACIÓN DE RIESGO**

	VALOR	INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%	
		INFERIOR	SUPERIOR
Para la cohorte Grupo caso =	,833	,583	1,192
N de casos válidos	7		

Como último acápite en esta sección, notamos que los resultados obtenidos nos indican que no existe relación entre trastorno por uso de sustancias con TDAH y el estado civil (soltero) y por ende, no hay riesgo de para la aparición del TDAH en pacientes con trastorno por uso de sustancias.

## 5. DISCUSIÓN

La incidencia del TDAH como entidad comórbida en personas que presentan otro trastorno psiquiátrico, ha sido señalada por varios autores, quienes tras diferentes estudios, hallaron que la cifra estimada de estos casos se encuentra entre un 65% y 89% (6); a diferencia del presente trabajo donde se obtuvo una cifra por debajo de las ya mencionadas; siendo una de las causales de tal hallazgo el hecho de que los trastornos psiquiátricos comórbidos que fueron considerados en este estudio, no constituyen el motivo en la consulta externa del hospital Víctor Larco Herrera (HVLH). El otro factor que pudo haber intervenido en el resultado – y no fue estudiado con muchos detalles – sería el de los grupos étnicos, porque al revisar estudios realizados en el extranjero, se observó que la incidencia de TDAH en el adulto era mayor en la población caucásica que en la población latina (3), que en cierta forma, corrobora el resultado obtenido en este estudio.

Con respecto a cada sub grupo, el TDAH como comorbilidad con trastornos de ansiedad se encuentra en porcentajes entre 22.7% y 41% (6), que concuerda con los valores encontrados en el presente estudio. En asociación con trastorno por uso de sustancias, donde se encuentran cifras estimadas entre 9 y 25% (21); en nuestro estudio los valores los encontramos dentro de este intervalo. Por último, en relación a los trastornos de personalidad donde se muestran valores aproximados a 59.5% (6) los valores fueron muy por debajo de lo mencionado.

De las variables demográficas, encontramos que en cada subgrupo de pacientes con su trastorno psiquiátrico específico, uno de los sexos era predominante sobre el otro. En el caso de los trastornos por uso de sustancias, la mayoría de pacientes que dio positivo en la escala de TDAH fueron varones (26%), cuyo resultado se corresponde con el de otros estudios, donde el sexo masculino era más prevalente en cuanto a consumo de drogas y comórbida con TDAH (29). En el caso del sexo femenino, el subgrupo con mayor número de pacientes para síntomas compatibles para TDAH fue el de trastornos de ansiedad (26%), que contrasta con estudios en el extranjero donde los varones presentan con más frecuencia este trastorno (3) (6). Una causa probable de este hallazgo en nuestro trabajo, sería que la mayor asistencia a la consulta externa del HVLH corresponde a las mujeres, quienes son susceptibles a trastornos afectivos como la depresión y ansiedad, que en nuestro medio – constituida principalmente por una sociedad machista y violenta – las vuelve propensas a las patologías mencionadas.

En cuanto a los grupos etáreos, la mayor incidencia de personas que dieron positivo en la escala ASRS v1.1, fue en el grupo entre los 18 y 29 años de edad [siendo el mayor valor para el grupo de trastornos de ansiedad, con 7 (35%) y el de menor valor para el de trastorno de personalidad con 2 (25%)]. En términos generales, estos hallazgos son concordantes con la mayoría de estudios de investigación, debido a que la mayoría de trastornos psiquiátricos aparecen por primera vez en personas jóvenes que se sitúan en el rango de las edades mencionadas (31).

En lo que se refiere al estado civil, la condición de soltero obtuvo la mayor puntuación en los 3 subgrupos que conformaron el grupo de estudio, siendo el de mayor prevalencia en los trastornos de ansiedad con 7 (50%) y el de menor puntaje las personas con trastornos de personalidad con 2 (34%). Al igual que en los grupos etáreos, la aparición de estos trastornos psiquiátricos en personas jóvenes compromete las habilidades sociales – dentro de las cuales se implica las relaciones de pareja - por lo que aquellas personas que padecen estos trastornos psiquiátricos, terminan divorciados (o separados para el caso de los convivientes), o permanecen solteros por el resto de sus días (3).

Aunque el diseño de estudio (y por ende la muestra), no contemplaba originalmente aplicar la escala ASRS v1.1 en un grupo control, se decidió incluirlo finalmente, porque la mayor parte de la bibliografía revisada, refiere que la prevalencia del TDAH en los adultos (sin trastorno psiquiátrico comórbido) está estimada actualmente cerca del 4,4% (31), mientras otros aportan datos que se sitúa entre 1 y 3% (26). En este caso, tras la aplicación de la escala en los participantes del grupo control, se obtuvo un 5% de positividad para síntomas compatibles con TDAH (1 integrante), lo que refuerza resultados de las investigaciones bibliográficas.

## **6. CONCLUSIONES**

- La incidencia de síntomas compatibles con trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se halló en un 30% de la muestra constituida por pacientes adultos de la consulta externa del Hospital Víctor Larco Herrera.
- El grupo de pacientes con trastornos de ansiedad obtuvo la mayor incidencia de casos positivos para TDAH, con un 32,4%.
- La incidencia de casos compatibles para TDAH en adultos en el grupo de trastornos de personalidad fue de 26%.
- La incidencia de casos compatibles para TDAH en adultos en el grupo de trastornos por uso de sustancias fue de 28%.
- En el grupo control, el 5% de los evaluados, tiene síntomas compatibles con TDAH.

## **7. RECOMENDACIONES**

Se recomienda realizar estudios similares al presente trabajo; que puedan incluir otro tipo de diseño y una muestra diferente a la que se utilizó, que incluya además, un mayor número de participantes a considerar posteriormente. Así mismo, la aplicación de nuevos instrumentos de investigación es necesaria para determinar su grado de confiabilidad y de esta manera elegir cuáles serían los más óptimas para la detección de TDAH, no sólo en pacientes con los trastornos psiquiátricos que fueron considerados durante el desarrollo del estudio, sino también en otros trastornos que pudieran tener comorbilidad con el TDAH y en pacientes que requieran manejo intrahospitalario y no sólo atención ambulatoria.



## 8. BIBLIOGRÁFIA

1. Hodgkins P, Montejano L, Sasané R, Huse D. Cost of Illness and Comorbidities in Adults Diagnosed With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Retrospective Analysis. *Prim Care Companion CNS Disord* 2011; 13(2): PCC.10m01030.
2. Biederman J. Impact of comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin of Psychiatry*. 2004; 65 Suppl 3:3-7.
3. Kessler R, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners J, Demler O, et al. The Prevalence and Correlates of Adult ADHD in the United States: Results From the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*. 2006; 163:716–723.
4. Polanczyk G, Lima M S de, Horta BS, Biederman J, Rohde LA. The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. *Am J Psychiatry*. 2007; 164:942–48
5. Simon V, Czobor P, Bálint S, Mészáros Á, Bitter I. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis; *British Journal Psychiatry*. 2011 Oct; 199: 4.
6. Cumyn L, French L, Hechtman L. Comorbidity in Adults with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2009; 54(10): 673-83.
7. McGough JJ, Smalley SL, McCracken JT, Yang M, Del'Homme M, Lynn DE, et al. Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families. *Am J Psychiatry*. 2005; 162(9): 1621-7.
8. Nylander L, Holmqvist M, Gustafson L, Gillberg C. ADHD in adult psychiatry. Minimum Rates and clinical presentation in general psychiatry outpatients. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2009, 63(1): 64-71
9. Donev R, Gantert D, Alawam K, Edworthy A, Hässler F, Meyer-Lindenberg A, et al. Comorbidity of schizophrenia and adult attention-deficit hyperactivity disorder. *World J Biol Psychiatry*. 2011; 12 Suppl 1:52-6.
10. Guerreiro DF, Vieira F, Costa-Santos J. Attention-deficit hyperactivity disorder in adults: implications to forensic medicine. *Acta Med Port* 2011 Mar; 24(2):319-26. Epub 2011 May 20.
11. Baud P, Perroud N, Aubry JM. Bipolar disorder and attention deficit/hyperactivity disorder in adults: differential diagnosis or comorbidity. *Rev Med Suisse*. 2011; 7(297):1219-22.
12. Kumar G, Faden J, Steer RA. Screening for attention-deficit/hyperactivity disorder in adult in patients with psychiatric disorders. *Psychol Rep*. 2011; 108 (3):815-24.

13. Babcock T, Ornstein CS. Comorbidity and its impact in adult patients with attention-deficit/hyperactivity disorder: a primary care perspective. *Postgrad Med* 2009; 121(3): 73-82.
14. Haavik J, Halmoy A, Lundervold AJ, Fasmer OB. Clinical assessment and diagnosis of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert Rev of Neurother*. 2010; 10:1569-80.
15. Goodman DW, Thase ME. Recognizing ADHD in adults with comorbid mood disorders: implications for identification and management; *Postgrad Med*. 2009; 121(5): 20-30.
16. Distel MA, Carlier A, Middeldorp CM, Derom CA, Lubke GH, Boomsma DI. Borderline personality traits and adult attention-deficit hyperactivity disorder symptoms: a genetic analysis of comorbidity; *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2011 Dec; 156B (7): 817-25. Epub 2011 Aug 2.
17. Philipsen A, Limberger MF, Lieb K, Feige B, Kliendienst N, Ebner – Priemer U, et al. Attention-deficit hyperactivity disorder as a potentially aggravating factor in borderline personality disorder. *British Journal Psychiatry*. 2008; 192: 118-23.
18. Quintero J, Loro M, Jiménez B, García Campos N. Aspectos evolutivos del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): de los factores de riesgo al impacto socioacadémico y a la comorbilidad. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat*. 2011 Mar-Apr; 22 (96):101-8.
19. Saboya E, Saraiva D, Palmieri A, Lima P, Coutinho G. Disfunção executiva como uma medida de funcionalidade em adultos com TDAH. *J. Bras. Psiquiatr*. 2007; 56 (Supl.1): 30-3.
20. Mattos P, Segenreich D, Saboya E, Louzã M, Dias G, Romano M. Adaptação transcultural para o português da escala Adult Self-Report Scale para avaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos. *Revista de psiquiatria clínica [revista en internet]* 2006; 33(4): 188-94. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832006000400004>.
21. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The Prevalence and Correlates of Adult ADHD in the United States: Results From the National Comorbidity Survey Replication. *Am. J Psychiatry* 2006; 163:716–23.
22. Piñeiro Dieguez B. Experiencias clínicas en TDAH y sus comorbilidades [libro en internet]. Castejón JI, editor. Madrid: DRAFT; 2011. p.13-53. Disponible en: <http://www.libreriaproteo.com/libro/ver/id/1052173/titulo/experiencias-clinicas-en-tdah-y-sus-comorbilidades.html>

23. Grevet EH, Iglesias Salgado CA, Zeni G, Belmonte-de-Abreu P. Transtorno de oposição e desafio e transtorno de conduta: os desfechos no TDAH em adultos. *J. Bras. Psiquiatr* [revista en internet] 2007; 56 Suppl.1: 34-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852007000500008>.
24. Assessing Adults with ADHD and Comorbidities. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2009; 11(1): 25.
25. Gudjonsson GH, Sigurdsson JF, Sigfusdottir ID, Young S. An epidemiological study of ADHD symptoms among young persons and the relationship with cigarette smoking, alcohol consumption and illicit drug use. *J Child Psychol Psychiatry* 2012 Mar; 53(3): 304-12. Epub 2011 Nov 8.
26. Benito Moraga R. Evolución en el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida. Castejón JI, editor. Madrid: DRAFT; 2008. p.18-54.
27. Ramos-Quiroga JA, Bosch-Munsó R, Castells-Cervelló X, Nogueira-Morais M, García-Giménez E, Casas-Brugué M. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica. *Rev. Neurol.* 2006; 42(10): 600-6.
28. Daigre C, Ramos-Quiroga JA, Valero S, Bosch R, Roncero C, Gonzalvo B, et al. Cuestionario autoinformado de cribado de TDAH ASRS-v1.1 en adultos en tratamiento por trastornos por uso de sustancias. *Actas Esp Psiquiatr* 2009; 37(6): 299-305.
29. Frodl T. Comorbidity of ADHD and Substance Use Disorder (SUD): a Neuroimaging Perspective. *J Atten Disord.* 2010; 14(2): 109-20. Epub 2010 May 21.
30. Pedrero Pérez EJ, Puerta García C. El ASRS v. 1.1 como instrumento de cribado del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adultos tratados por conductas adictivas: propiedades psicométricas y prevalencia estimada. *Adicciones* 2007, 19 (4): 393-408.
31. Cerutti V, Laura de la Barrera M, Donolo D. ¿Desatentos? ¿Desatendidos?: una mirada psicopedagógica del TDAH en estudiantes universitarios. *Revista Chilena de Neuropsicología* 2008; (3): 4-13.
32. Van Hout MC, Foley M. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults attending addiction treatment in Ireland: preliminary international ADHD in substance use disorders prevalence study (IASP) results. *Irish Journal of Psychological Medicine* 2013; pp 1-7. Disponible en: [http://journals.cambridge.org/abstract\\_S0790966713000086](http://journals.cambridge.org/abstract_S0790966713000086). Epub 2013 May 29.

## 9. GLOSARIO

- Déficit de atención: ausencia, carencia o insuficiencia de las actividades de orientación, selección y mantenimiento de la atención, así como deficiencia del control y de su participación con otros procesos psicológicos, con sus consecuencias específicas.
- Hiperactividad: conducta caracterizada por un exceso de actividad. Estado de continua actividad y movimiento, incluso durante el sueño. Se trata de una de las alteraciones de conducta más relevantes en la infancia. síntomas de hiperactividad, aparecen el hecho de correr de un lado a otro en exceso, treparse a los muebles, la abundancia de movimientos y la imposibilidad de permanecer sentado.
- Trastorno psiquiátrico: síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente mayor de morir o de dolor, discapacidad o pérdida de libertad.
- Trastornos psicóticos: aquellas patologías en las que se presentan síntomas psicóticos como principal característica. La psicosis es un trastorno mental mayor, de origen emocional u orgánico, que produce un deterioro de la capacidad de pensar, de responder emocionalmente, de recordar, de comunicar y de interpretar la realidad.
- Trastornos afectivos: son un grupo de padecimientos que se caracterizan por anormalidades en la regulación del afecto o ánimo. Estos trastornos generalmente se acompañan con alteraciones del funcionamiento cognitivo, del sueño, del apetito y el equilibrio interno conocido como homeostasis.
- Trastornos de personalidad: conjunto de perturbaciones o anormalidades que se dan en las dimensiones emocionales, afectivas, motivacionales y de relación social de los individuos. Los trastornos de personalidad se incluyen como trastornos mentales del Eje II en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV) y en la sección de trastornos mentales y del comportamiento en el manual CIE 10 de la Organización Mundial de la Salud.
- Trastornos de ansiedad: estado de inquietud o agitación del ánimo. Aunque no siempre es patológica (sino que es una emoción común que cumple con una función vinculada a la supervivencia), la ansiedad puede acompañar a algunas enfermedades como la neurosis.

- Trastorno por consumo de sustancias: los trastornos por uso de sustancias son la expresión de la pérdida del control sobre el uso de diferentes drogas. Este descontrol se ha clasificado según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª Edición (DSM-IV) de la American Psychiatric Association (APA) en:
  - 1.- Trastornos inducidos por sustancias que presentan síntomas psiquiátricos provocados por el uso inadecuado de sustancias psicoactivas, incluyendo los efectos adversos de la medicación y tóxicos.
  - 2.- Trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) caracterizada por un patrón desadaptativo con adicción fisiológica, pérdida de control sobre comportamiento de consumo, y/o consecuencias adversas (ejemplo: problemas laborales o sociales).
- Funciones ejecutivas: capacidades que intervienen en resolver problemas cotidianos del hogar y del trabajo. Ayudan a percibir lo que hay alrededor y ejecutar acciones complejas con un objetivo. Consisten en:
  1. Dirigir la Atención: hacia una información específica inhibiendo los estímulos no relevantes.
  2. Reconocer los patrones de prioridad: reconocer las jerarquías y significado de los estímulos que percibimos.
  3. Formular una intención, un objetivo: reconocer y seleccionar las metas que nos planteamos.
  4. Plan de consecución o logro: análisis de actividades necesarias, reconocimiento de las fuentes y necesidades, elección de estrategias.
  5. Ejecución del plan: iniciar o inhibir actividades, valorar el progreso, modificar las estrategias según la prioridad del plan, mantener la secuencia de actividades y el esfuerzo.
  6. Reconocimiento del logro: reconocer la necesidad de alterar el nivel de la actividad, cesarla y generar nuevos planes.
  7. Estrategia y Planeamiento: Controlar el desarrollo de otros procesos cognitivos.
  8. Flexibilidad: Adaptar la conducta a los cambios en el ambiente.
  9. Luchar contra distracciones involuntarias, es decir, inhibir información no relevante.
- Escala de autodetección para adultos -V1.1: El ASRS v.1.1. es un instrumento breve autoaplicado para el cribado inicial de sujetos con síntomas actuales del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) propuesto por la OMS.

## 10. ANEXOS

**TABLA 1. CRITERIOS DSM IV TR para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad**

### **A. 1 o 2**

1. Seis o más de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

#### **Falta de atención**

- a. A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
- b. A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas
- c. A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
- d. A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargo u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender las instrucciones)
- e. A menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades
- f. A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
- g. A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (como juguetes, trabajos escolares, lápices, libros o herramientas)
- h. A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
- i. A menudo es descuidado en las actividades diarias

2. Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

#### **Hiperactividad**

- a. A menudo mueve en exceso las manos o los pies o se remueve en el asiento
- b. A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en las que es inapropiado hacerlo
- c. A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo (en los adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
- d. A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- e. A menudo 'está en marcha' o actúa como si 'tuviera un motor'
- f. A menudo habla en exceso

### **Impulsividad**

- g. A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
- h. A menudo tiene dificultades para guardar turno
- i. A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p.ej., se entromete en conversaciones o juegos)

### **B.**

Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad

### **C.**

Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa)

### **D.**

Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral

### **E.**

Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o a un trastorno de la personalidad)

# ESCALA DE AUTODETECCIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN – HIPERACTIVIDAD (TDAH) DEL ADULTO V1.1 (ASRS V1.1) - DETECCIÓN

de la Encuesta Diagnóstica Internacional Compuesta  
(Composite International Diagnostic Interview)

© Organización Mundial de la Salud (OMS)

(ASRS-V1.1)

## 2. Escala Autoaplicada de Síntomas de TDAH en Adultos (ASRS-V1.1)

Nombre del Paciente	Fecha				
Conteste las siguientes preguntas, midiéndose a sí mismo en cada uno de los criterios mostrados utilizando la escala que se encuentra del lado derecho de la página. Para contestar cada pregunta, marque con una X en el cuadro que mejor describa cómo se ha sentido y comportado en los pasados seis meses. Por favor entregue la lista completa a su médico para discutirla en la sesión de hoy.	Nunca	Poca vez	Algunas veces	Con frecuencia	Muy frecuentemente
<b>SECCIÓN A</b>					
1. ¿Con cuánta frecuencia tienes problemas para terminar los detalles finales de un proyecto, una vez que las partes más difíciles fueron concluidas?					
2. ¿Con cuánta frecuencia tienes dificultad para tener las cosas en orden cuando tienes que hacer una tarea que requiere organización?					
3. ¿Con cuánta frecuencia tienes problemas para recordar reuniones de trabajo u otras obligaciones?					
4. ¿Cuando tienes una tarea que requiere mucha concentración, con cuánta frecuencia evitas o retrasas empezarla?					
5. ¿Con cuánta frecuencia mueves o retuerces tus manos o pies cuando estás sentado por mucho tiempo?					
6. ¿Con cuánta frecuencia te sientes sobre-activo e impulsado a hacer cosas, como si te moviera un motor?					



## SECCIÓN B

7. ¿Con cuánta frecuencia cometes errores por falta de cuidado cuando estás trabajando en un proyecto aburrido o difícil?					
8. ¿Con cuánta frecuencia tienes dificultad para mantener atención cuando estás haciendo trabajos aburridos o repetitivos?					
9. ¿Con cuánta frecuencia tienes dificultad para concentrarte en lo que la gente te dice, aún cuando están hablando contigo directamente?					
10. ¿Con cuánta frecuencia pierdes o tienes dificultad para encontrar cosas en la casa o en el trabajo?					
11. ¿Con cuánta frecuencia te distraes por ruidos o actividades alrededor de ti?					
12. ¿Con cuánta frecuencia te levantas de tu asiento en reuniones o en otras situaciones en las que se supone debes permanecer sentado?					
13. ¿Con cuánta frecuencia te sientes inquieto o nervioso?					
14. ¿Con cuánta frecuencia tienes dificultades para relajarte cuando tienes tiempo para ti?					
15. ¿Con cuánta frecuencia sientes que hablas demasiado cuando estás en reuniones sociales?					
16. ¿Cuando estás en una conversación, con cuánta frecuencia te das cuenta terminando las frases de la gente que está hablando, antes de que ellos terminen?					
17. ¿Con cuánta frecuencia tienes dificultad para esperar tu turno en situaciones en que debes hacerlo?					
18. ¿Con cuánta frecuencia interrumpes a otros cuando están ocupados?					

## FICHA CLÍNICA

### DATOS DE FILIACIÓN

Nombre:

Edad:

Nacionalidad:

Estado civil:

Ocupación:

Sexo:

Raza:

Lugar de origen:

Lugar de residencia:

Domicilio:

Fecha de ingreso:

Fecha de elaboración

**SÍNTOMAS PRINCIPALES**.....  
.....

**ENFERMEDAD ACTUAL**.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### ANTECEDENTES

Prenatales/parto:.....

Desarrollo psicomotor:.....

Escolaridad:.....

Trabajo:.....

**HISTORIA FAMILIAR**

Padre:.....

Madre:.....

Hermanos:.....

**EXAMEN MENTAL**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**DIAGNÓSTICO**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por el Dr. Mirko Luis Osnayo Karlovich, médico residente de psiquiatría de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. La meta de este estudio es Identificar el desorden de déficit de atención e hiperactividad en pacientes adultos con trastornos psiquiátricos en el servicio de consulta externa del hospital Víctor Larco Herrera entre mayo 2012 y abril 2013

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder a la Escala de Autodetección del Trastorno por Déficit de Atención – Hiperactividad (TDAH) del adulto v1.1 (ASRS v1.1) - para determinar la presencia de dicha patología. Esto tomará aproximadamente 40 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el Dr. Mirko Osnayo Karlovich. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es identificar el desorden de déficit de atención e hiperactividad en pacientes adultos con trastornos psiquiátricos en el servicio de consulta externa del hospital Víctor Larco Herrera entre mayo 2012 y abril 2013.

Me han indicado también que tendré que responder a la escala de autodetección del trastorno por déficit de atención – hiperactividad (TDAH) del adulto v1.1 (ASRS v1.1), lo cual tomará aproximadamente 40 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al Dr. Mirko Osnayo Karlovich al teléfono 943424492.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al Dr. Mirko Osnayo Karlovich al teléfono anteriormente mencionado.

---

Nombre del Participante  
(en letra imprenta)

Firma del Participante

Fecha:

